

La “guerra a las drogas”, dispositivos institucionales y las tensiones en el actual contexto

Mg. Juan Ignacio Lozano

Correo de contacto: juanignaciolozano@yahoo.com.ar

Pertenencia institucional: CETSyS-Centro de Estudios en Trabajo Social y Sociedad-FTS-
UNLP

GT 2 “Salud Mental y Consumo problemático: debates desde una perspectiva de Derechos”

1. Introducción:

En 1994, John Ehrlichman, quien fue uno de los conspiradores en el Watergate, funcionario de Richard Nixon, accedió a una entrevista en el que reconoció que en la campaña presidencial de 1972 tenían dos enemigos claros: la izquierda y colectivos contra la guerra de Vietnam y la población negra. Como no podían hacer algo “ilegal” contra estos colectivos optaron por asociar a los “hippies” con la marihuana y a la población negra con la heroína. Ya en el gobierno establecieron la criminalización del consumo, arrestando líderes y logrando desmovilizar ambos colectivos.

“¿Que si sabíamos que estábamos mintiendo sobre las drogas? Por supuesto. La invención de Nixon sobre la Guerra a las Drogas como herramienta política fue cínica, pero cada presidente desde entonces, sea republicano o demócrata, ha hecho un uso similar por una u otra razón” John Ehrlichman, 1994 (traducción mía)

Nos interesa en esta ponencia referir o identificar las prácticas asistenciales referidas a la problemática del consumo de drogas con diferentes vertientes ideológicas y conceptuales que van a derivar en la construcción de los modelos institucionales de estrecha relación con los distintos encuadres conceptuales vinculados a la “guerra a las drogas”.

2. Respuestas institucionales al consumo problemático de drogas

Los modelos ético-jurídico, médico-sanitario y psicosocial (Carballeda, 1991) expresan hegemoníamente las prácticas más tradicionales que en términos concretos se traducen

en el abstencionismo para poder resolver su situación. Los tratamientos desarrollados a tal fin plantean entonces una concepción reeducativa y efectista.

Existe un importante protagonismo de las sustancias, las cuales ocupan un lugar más que relevante en el tratamiento. Si nos referimos a las formas de tratamiento más cercanas al modelo médico-sanitario, la sustancia (droga) es reemplazada por otra que sustituye a aquella que es considerada nociva (generalmente heroína), por otra juzgada menos nociva (metadona), produciéndose de esta forma un interesante juego en el que lo único importante que cambia desde la perspectiva del paciente es la legalidad de una u otra sustancia. De la misma forma, en los tratamientos que se llevan a cabo en los programas denominados ahora en la Argentina “comunidades Terapéuticas”¹.

La política prohibicionista y los tratamientos abstencionistas derivan entonces en que lo problemático de ciertos consumos no son las consecuencias sobre la vida cotidiana de las personas, sus expectativas, sino evitar la ilegalidad. Se intenta por ejemplo cambiar una conducta indeseada, vinculada a la ilegalidad, por otra más cercana a lo legal y a lo planteado por el discurso vigente. En ambos casos, poco ocurre con la situación estructural y profunda del paciente, ya que solo pudo modificarse su esfera externa e inmediata. Por estas razones, es posible que tanto los tratamientos de sustitución como los de reeducación generen en los pacientes una especie de “nueva dependencia”, ahora legal y aceptada por la normativa social.

En el caso de los tratamientos reeducativos dicha dependencia se traduce en la casi permanente relación de aquellos que son dados de alta con las instituciones tratantes o con la incorporación de ex adictos (en su condición de tales) al equipo de éstas.

Una importante cantidad de instituciones suelen ser de iniciativa religiosa, las que con frecuencia utilizan un discurso preventivo que se asimila a un carácter testimonial. Por ello el “testimonio” suele ser un protagonista no solo preventivo sino también en instancias de un tratamiento. A tal efecto, los modelos institucionales que coinciden con el encuadre ético-jurídico plantean una serie de técnicas y formas de llevar adelante el tratamiento.

Diferente es el encuadre profesional que plantea y se vincula mayoritariamente con prácticas psicológicas y sociales y tienden a operar justamente en ese punto, pasando la sustancia (droga) a un segundo plano. Aquí el sujeto es paciente y tiene vinculación con el sistema de salud, los diferentes servicios de salud mental y atención primaria de la salud, ya que no se privilegia por ejemplo el tratamiento de tipo reclusivo o de internación, reduciéndose una menor complejidad en las prestaciones que se brindan.

¹ Para mayores referencias se sugiere leer el último libro de Emilio Ruchansky “Un mundo con drogas”, 2015, 1 ° Edición, Editorial Debate.

Carballeda (1991) establecía que estas experiencias pueden ser clasificadas en aquellas que ponen el acento en la sustancia (droga); los que entienden que la farmacodependencia es una expresión sintomática de una problemática de base más profunda, que organiza una recuperación en etapas, fuertemente con una estrategia grupal y de “autoayuda”.

Las etapas suelen referir a un primer momento de recibimiento o admisión, en el que le suministran información y pautas a cumplir; luego a una integración la con la comunidad que vive en el lugar para finalmente pasar a una etapa de construcción de una reinserción social.

Esta forma de abordaje es claramente pensado como un modelo reeducativo, al no pensarse el “afuera” los procesos de recaídas (esto es, volver a consumir) son más generalizados. Podemos observar también los rasgos ahistórico y asocial ya que no deja de ser un aislamiento al paciente del “riesgo” que es la oferta de drogas en el ambiente social, por eso el abordaje se plantea, más allá de la utilización de técnicas grupales, como un proceso altamente individualizado. Plantea una relación unicausal en la que las drogas socialmente no aceptadas tienen un rol predominante.

Diferente es la estrategia de aquellas instituciones que consideran el consumo problemático a partir del fenómeno adictivo, reponiendo las dimensiones sociales, históricas y económicas del contexto, sin dejar de lado los aspectos individuales. El paciente es atendido tomando en consideración su vinculación con el contexto, de ahí que esta forma de asistencia ponga el acento especialmente en los tratamientos de tipo ambulatorio y en la aplicación de técnicas grupales.

Estos modelos institucionales ponen en un segundo plano la "oferta de drogas" como causa fundamental del fenómeno adictivo, pasando también a un segundo plano el eje reeducativo o moralizante de los tratamientos sintomáticos.

3. Las Comunidades terapéuticas

Las comunidades terapéuticas podemos pensarla como una herramienta institucional para la resolución de consumo problemático que puede contar con distintos grados de participación activa de los pacientes, los miembros que componen la comunidad, sus familias. Los cambios esperados también son relativos según la institución, que van desde el abstencionismo a generar cambios más profundos.

Bacelar (2007) identifica que en la actualidad coexisten diferentes tipos de Comunidades Terapéuticas que brindan distintos servicios. Si bien poseen puntos de identificación común, que hacen que ésta se presente como la estructura acorde por excelencia al tratamiento de consumos problemáticos de drogas.

Tipo de Comunidades Terapéuticas	Conformación	Tipo de Tratamientos
Conducción de las mismas no son profesionales	Comunidades religiosas o pacientes egresados de este tipo de tratamiento.	Tratamientos basados en la propia experiencia sin el abordaje profesional. Testimonio
Conducción de las mismas son profesionales	Profesionales Equipos interdisciplinarios profesionales (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, abogados, operadores Socio terapéutico.)	Ofrecen un abordaje acorde a la complejidad que la patología adictiva demanda.
Mixtas	Ex pacientes y profesionales	Tratamientos psicoterapéuticos con la intervención de los Operadores que han sido ex pacientes.

Bacelar, Daniel (2007) “Comunidad terapéutica, desafíos actuales” en “Operador Comunitario. Introducción a la problemática de las adicciones”. Documento interno Sada

En las comunidades terapéuticas, el equipo es el que evalúa el estado del paciente, supervisa y coordina los grupos de pacientes, asigna actividades, revisa las actividades de la casa, organiza proyectos sociales y recreativos, etc.

Los pacientes tienen roles diferentes, con mayor grado de involucramiento y relevancia según el progreso individual y grupal, un rol activo del proceso terapéutico.

4. Historia del Cenarioso, la primera institución estatal referida a la temática

En el año 1973, se crea el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO), un hospital monovalente, únicamente dedicado al tratamiento de las adicciones, y suele ser considerado, en la bibliografía consultada, un caso relevante para estudiar los fenómenos mediante los cuales diferentes conceptualizaciones teóricas de un problema social que se

plasman en dispositivos institucionales y cómo estos, a su vez, pueden modificar o no aquellas conceptualizaciones.

Levin² (2014) y Manzano (2014) destacan que fue la primera institución del Estado dedicada exclusivamente al tratamiento de los adictos, producto por un lado por el contexto internacional, la presión de la Organización de las Naciones Unidas de que los Estados Parte debían establecer centros asistenciales y de investigación en materia de tratamientos para las adicciones, y por el otro una demanda creciente de consumos problemáticos en los hospitales públicos.

En los sesenta los consumos problemáticos y sus dispositivos estaban bajo la órbita de hospitales psiquiátricos, cátedras de psiquiatría y del Instituto Nacional de Salud Mental, creado en 1957.

El concepto de “Salud Mental” en oposición a la “Higiene Mental” (Levin, 2014), junto a la consolidación del Instituto mencionado, la incorporación de las Comunidades Terapéuticas, entraron en colisión con el poder psiquiátrico que no quería perder terreno.

Levin (2014) vincula que la VII Reunión de Ministros de Salud Pública de los Países de la Cuenca del Plata, en 1971 en la que debían adaptarse a las modificaciones introducidas en la Convención de Sustancias Psicotrópicas incluía, además de mayor fiscalización a los psicotrópicos, la necesidad de atención médica de los usuarios de sustancias psicotrópicas. Justamente el representante argentino (Dr. Caglioti), interventor del Hospital Estévez es designado con la tarea de “diseñar” una institución asistencial para toxicómanos.

Cagliotti viaja a diferentes países, sobre todo Estados Unidos, contemporáneas de estas creaciones institucionales y de las primeras políticas orgánicas en los Estados Unidos que buscaban tratar a los adictos, adhiriendo a los postulados internacionales. (Richard Davenport-Hines, 2003).

El Cenareso es creado de manera descentralizada del Ministerio de Bienestar Social de la Nación. Cagliotti fue director del CENARESO entre 1973 y 1987, al mismo tiempo que se desempeñaba, durante la mayor parte de este período, como secretario ejecutivo de la CONATON (Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos) y secretario ejecutivo del ASEP (Acuerdo Sudamericano sobre Estupefacientes y Psicotrópicos). Además tuvo activa participación en la vigente ley 23.737, la que como mencionaremos es prohibicionista, punitivista y sancionada en los primeros años de menemismo.

El Cenareso se instaló en la sede del ex Hospital de Tisiología Dr. A. Cetrángolo, cuyas instalaciones fueron modificadas y acondicionadas para cumplir con su nueva función.

² Levin, Luciano (2014) El Centro Nacional De Reeducción Social. Una Historia De Las Modificaciones Terapéuticas. Psiencia. Revista Latinoamericana De Ciencia Psicológica 6(1) 27-39 Psiencia. Latin American Journal Of Psychological Science

Con una planta física de 30.000 metros cuadrados, y una planta permanente inicial de cerca de 300 profesionales fue el centro más relevante en los tratamientos de rehabilitación a personas con consumo problemático de drogas de América Latina, ofreciendo asistencia gratuita, además de planificar tareas de prevención, capacitación.

Valeria Manzano (2014) refiere que el Cenarioso fue una de las instituciones primeras que el Estado promovió como un “padre sustituto” para los jóvenes identificados como toxicómanos. Irónicamente, en la segunda mitad de la década de los setenta el equipo de psicólogos del Cenarioso hizo uso de una de las teorías más cuestionadas desde las esferas oficiales como el psicoanálisis. Psicólogos y trabajadores sociales, sistematizaban información sobre antecedentes familiares de los pacientes usando un marco psicoanalítico deudor de nociones patriarcales. Así, se construyó un análisis probabilístico de consumo problemático en familias en las que los adultos hacían uso de “drogas legales” como el alcohol, o en “familias mal integradas”, donde no había “autoridad paterna”.

Por ello, el Cenarioso y su fuerte sesgo explicativo en base a la institución familiar, llevó a que el discurso oficial sea erigirse como un “padre” para los jóvenes que habían asistido. A principios de los ochenta ya habían atendido casi cinco mil jóvenes varones (la atención a mujeres sería años después), los que con un año de tratamiento recibían el alta. (Manzano, 2014)

En definitiva es interesante destacar que la primera institución en búsqueda de una respuesta a un problema público estuvo influenciada desde su fundación a un contexto internacional.

Las primeras reacciones de principios de la década de los setenta fueron la creación de la CONATON (Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos), los CEPRETOX (Centro de Prevención de las Toxicomanías) y, sobre todo, el Cenarioso además de la aparición de las primeras Comunidades Terapéuticas.

5. La necesidad de problematizar el aislamiento

Este breve apartado es en pos de identificar que entre las modalidades de tratamiento de las instituciones que hemos descrito es central la concepción de la droga, y su interrelación con el contexto y el sujeto.

El síntoma (consumo problemático) puede ser considerado como indicador de enfermedad; como expresión de un conflicto psicológico y social o como denuncia (de situaciones que deben ser transformadas). En síntesis, de acuerdo con este enfoque muestra la revelación de algo que es preciso reconocer y abordar con el paciente y sus grupos referenciales. Carballada, 1991.

Las conceptualizaciones y formas de abordaje que se aproximan a los modelos últimos, proponen que aquellas personas que atraviesan una situación compleja puedan tener un rol activo en la dinámica de su tratamiento y, por otro, pensar alternativas frente al contexto.

Otro elemento constitutivo son las instituciones presentes en los territorios, con presencia importante en tres niveles (primaria, asistencia, rehabilitación). Es decir, transformar la lógica de la exclusión y de la instrumentalización de los consumos problemáticos. No solo pensar en los sujetos sino en sus familias y grupos de proximidad, irremplazables en la construcción de su sociabilidad, respetando las particularidades concretas de los grupos sociales y comunidades, promoviendo la integralidad, es decir, evitando la segmentación, muchas veces presente, de políticas públicas en las familias y los grupos sociales.

Por lo expuesto, salvo en momentos iniciáticos, muchas veces considerados de necesaria desintoxicación, el énfasis es la necesidad de trabajar en forma ambulatoria con los sujetos.

Una alternativa creciente han sido los denominados “Hospitales de día”, esto es, la concurrencia diaria, o más esporádica, durante parte del mismo, con actividades diversas.

La creciente complejidad de la problemática adictivo hizo, a su vez, que los modelos institucionales que se manejan desde una perspectiva ambulatoria incorporen formas de abordaje con arreglo a las cuales el paciente desarrolla diferentes actividades en la institución bajo la modalidad de hospital de día, circunstancia que sirve a la realización de programas en los que se integra a la comunidad través del desarrollo de distintas actividades (recreativas de capacitación, publicaciones, etc.) (Carballeda, 1991)

Claro que estas líneas ya están presentes desde los mismos setentas, como lo atestiguan documentos por ejemplo del FAT, en 1977.

Evidentemente, al conceptualizarse la problemática adictiva desde una perspectiva no sectorizada y con marcados condicionamientos de tipo social, la búsqueda de las distintas instancias institucionales tenderá a resolver o dar respuesta a la problemática estructural. Esta modalidad de trabajo, al incorporar lo social, nuestra una interesante perspectiva que pueden derivar en mayores niveles de eficiencia en los programas que se desarrollen.

La estrategia de atención primaria de salud, sumada a una articulación programática y conceptual con el segundo nivel de atención, muestra la posibilidad de potenciar los recursos ya existentes al incorporar el abordaje del paciente farmacodependiente y su grupo familiar, incrementándose la capacidad de respuesta a la importante demanda que la problemática del uso problemático de drogas ha generado en los últimos años.

En suma: el trabajo preventivo asistencial incorporado a los programas de atención primaria de salud se conforma como un camino posible y necesario para brindar respuestas operativas y concretas en este campo.

Sobre todo, para resistir los embates de la psiquiatrización que rápidamente se interesa por espacios de reclusión y encierro para lograr éxitos en tratamientos sobre todo de jóvenes de sectores populares.

6. La construcción hegemónica del sistema represivo en torno a la temática

Como lo describimos anteriormente Nixon, en un mensaje televisivo, recurrió a un aluvión de leyes punitivas encarceladoras y aumentadoras de penas, declarando la “guerra a la drogas”, o sea, no resolviendo los problemas estructurales de los distintos malestares que se estaban constituyendo en el país.

Instalado el tema de la droga al que acompañó una campaña mediática, prontamente diluyó la posibilidad de problematizar otros, de instalar otras agendas públicas, que hubieran apostado a la mejorar los índices de igualdad. Nixon descubrió rápidamente que el calificar a las drogas como “enemigo público No. 1” y encarcelar con este motivo a miles de personas le otorgaron beneficios secundarios.

Para 1980 se había cuadruplicado la población encarcelada, y los nuevos presos eran predominantemente negros o latinos pobres. La tasa de encarcelamiento de EEUU es hoy la más alta del mundo, supera al segundo país, Rusia, cuya política con respecto a drogas es similarmente represiva, en un 20%; y es el doble de la del tercer país, Sudáfrica.

En EEUU se tuvieron que construir nuevas cárceles, la mayoría de ellas con gestión privadas. Se estima que EEUU gasta por año en la “guerra contra las drogas” por lo menos 50000 millones de dólares, mientras que los países donde se practican la despenalización, la reducción de daño y la contención ambulatoria de pacientes gastan mucho menos y hacen mucho menos daño al tejido social y a los propios sujetos con consumo problemáticos.

Nuestro contexto nacional ha tenido ambivalencias, pero lo cierto es que “lucha contra la droga” siguió siendo una prioridad.

La Procuraduría de Narcocriminalidad del Ministerio Público Fiscal, en su informe de 2016 sostiene que se propuso caracterizar las causas iniciadas por estupefacientes durante el año anterior, 2015, demostrando que la gran incidencia de la persecución son los delitos menores.

Las causas por tenencia para consumo personal que ingresan al sistema de justicia, quedan asentadas en el sistema y luego no se avanza a partir del “Arriola³”, archivándose la mayoría de ellas.

³ Se conoce como fallo “Arriola” la sentencia por la que la Corte Suprema declaró inconstitucional perseguir penalmente la tenencia de sustancias para consumo personal. Sin embargo, hay varias instancias judiciales y sobre todo jurisdicciones provinciales que desconocen la totalidad o parcialmente el mismo. El fallo exhortó “a todos los poderes públicos a asegurar una política de Estado contra el tráfico ilícito de estupefacientes y a adoptar medidas de salud preventivas, con información y

“No obstante esto, y a pesar de que la Corte Suprema ya ha señalado la inconstitucionalidad de este tipo penal (cuando no existe trascendencia a terceros), no puede dejar de señalarse el elevado volumen de causas iniciadas en las que sólo se investigan conductas de tenencia para consumo personal. El análisis de esta circunstancia a la luz de la forma de inicio de la mayoría de las causas judiciales, evidencia que una parte importante de los recursos de las fuerzas de seguridad terminan estando destinados a la criminalización de las personas consumidoras de este tipo de sustancias, manteniendo así la inercial selectividad del sistema penal. Como se señaló en el módulo correspondiente, al menos en la CABA, el 91% de estas causas se inician por la actividad prevencional de las fuerzas de seguridad” (Procunar, Informe 2016).

Como acredita el informe y lo hemos citado anteriormente, las preocupaciones en todo caso debieran orientarse a la persecución respecto del tráfico de estupefacientes y la criminalidad organizada, dimensiones del crimen organizado y sus vínculos existentes con otras actividades delictivas, como el lavado de dinero, la corrupción y el desvío de precursores químicos.

7. A modo de cierre

Hemos hecho referencia en esta ponencia una presentación y sistematización de los debates en torno a las drogas. La construcción de un problema, refiere recién a la época de posguerra y a un contexto internacional que encuentra en estos temas las posibilidades de introducir lógicas de control, militarización, capitalismo (con el crecimiento de las drogas legales y elaboradas en laboratorios)

Nos interesa observar las instituciones que fueron creándose y explicar cómo llegamos a la actualidad a contar con esquemas diversos de atención, de impronta estatal, privado, o religioso.

Además de marcar un contexto y resultados a la vista de la denominada guerra a las drogas, con miles de muertes al año, tema en el que no avanzamos por pertinencia temática, pero cuyos rasgos nos interesó para dar cuenta aquí de lo que ha sido el caso argentino.

Al respecto, Rafael Pardo (2010) presenta al menos nueve anomalías sobre el paradigma convencional que inspira el régimen de prohibición de drogas, en base a la experiencia no solo argentina sino latinoamericana.

La clasificación de drogas prohibidas tiene algunas psicoactivos y otras no. La prohibición enfatiza las sustancias de origen natural pero descuida las de origen químico. Ignora y

educación disuasiva del consumo, enfocada sobre todo en los grupos más vulnerables, especialmente los menores, a fin de dar adecuado cumplimiento con los tratados internacionales de derechos humanos suscriptos por el país”

criminaliza usos tradicionales de ciertas sustancias como así también usos médicos. Por otro lado racionalizar, dismantelar la producción, encarcelar jefes narcos no hace más que generar reemplazos. La militarización aumento los niveles de violencia mas de no de drogas. Los procesos de extradición y negociación de pena tampoco funcionan Rafael Pardo (2010: 16). 4

Cuando pensamos este tema en los sectores populares no podemos desestimar la dimensión territorial, cuyo impacto se da en los vínculos e identidades, en los actores sociales y en que respuestas preventiva y asistencial se pueden construir.

Justamente por la complejidad del problema que se percibe en el territorio en sus variadas dimensiones, es nuestro interés en esta tesis observar que tipo de soluciones podría brindar la convocatoria a organizaciones sociales por parte del Estado, años después de la explosión económica y social que significó el 2001.

Bibliografía:

- Baum, Dan (April 2016) "Legalize It All, How to win the war on drugs" for *Harper's Magazine*, appeared in the issue. Disponible en <https://harpers.org/archive/2016/04/legalize-it-all/?single=1> , traducción mía)
- Bacelar, Daniel (2007) "Comunidad terapéutica, desafíos actuales" en "Operador Comunitario. Introducción a la problemática de las adicciones". Documento interno Sada
- Carballeda, A. J. (1991): La [armacodependencia en América latina, su abordaje desde la atención primaria de salud, Washington DC, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud
- Levin, Luciano (2014) El Centro Nacional De Reeduación Social. Una Historia De Las Modificaciones Terapéuticas. Psiencia. Revista Latinoamericana De Ciencia Psicológica 6(1) 27-39 Psiencia. Latin American Journal Of Psychological Science
- Manzano, Valeria. (2014). Política, cultura y el "problema de las drogas" en la Argentina, 1960-1980s. *Apuntes de investigación del CECYP*, 24
- Pardo, Rafael (2010: 16) en "Tokatlian, J. G. (2010) "Drogas y prohibición: una vieja guerra, un nuevo debate". Libros del Zorzal, Bs As.
- Procunar (2016) "Informe Estadístico Sobre Narcocriminalidad 2016", disponible en <http://www.mpf.gob.ar/procunar/files/2016/11/Informe-estad%C3%ADstico-sobre-Narcocriminalidad-2016.pdf>
- Ruchansky Emilio (2015) "Un mundo con drogas", 1 ° Edición, Editorial Debate.

⁴ En "Tokatlian, J. G. (2010) "Drogas y prohibición: una vieja guerra, un nuevo debate". Libros del Zorzal, Bs As.